

# Diagnóstico diferencial de las inflamaciones articulares



S. Murias Loza, R. Merino Muñoz

Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid

## Resumen

Los síntomas músculo-esqueléticos suponen una consulta frecuente en Pediatría, a veces a causa de artritis. En general, se considera monoartritis la inflamación de una sola articulación y poliartrosis la de dos o más. El diagnóstico diferencial es amplio e incluye, fundamentalmente, las etiologías infecciosa, inflamatoria, ortopédica y tumoral. La anamnesis y la exploración física permiten sospechar la causa responsable y orientar las pruebas complementarias para alcanzar el diagnóstico correcto. El papel del pediatra de Atención Primaria es detectar la inflamación articular y derivar al paciente a un Servicio de Urgencias o a una consulta especializada.

## Abstract

*Musculoskeletal symptoms are common in pediatric practice, occasionally as arthritis. In general, monoarthritis is referred to inflammation of a single joint, while polyarthritis affects 2 or more. Differential diagnosis of arthritis is broad and mainly includes infectious, inflammatory, orthopedic and malignant etiology. With a proper assessment, data obtained by history taking and physical examination allow to suspect the cause of arthritis, and suggest additional tests needed to achieve an accurate diagnosis. The role of the primary care pediatrician is to detect joint inflammation and refer the patient to an Emergency Room or a specialized service.*

**Palabras clave:** Monoartritis; Poliartrosis; Artritis idiopática juvenil; Artritis séptica; Artritis post-infecciosa; Sinovitis transitoria de cadera.

**Key words:** Monoarthritis; Polyarthritis; Juvenile idiopathic arthritis; Septic arthritis; Post-infectious arthritis; Transient synovitis of the hip.

*Pediatr Integral 2013; XVII(1): 10-14*

## Introducción

La artritis o sinovitis consiste en tumefacción articular y/o al menos dos de los siguientes: limitación de la movilidad, dolor y calor. Las artralgiás, en cambio, corresponden a dolor articular sin otros signos inflamatorios. En este artículo, se aborda el diagnóstico diferencial de las artritis y se revisa la exploración del sistema músculo-esquelético. Desde la Pediatría se continúa mostrando un escaso interés por el aparato locomotor a pesar de la alta prevalencia de sus síntomas<sup>(1,2)</sup>.

## Anamnesis

Interesa conocer las características de la artritis, los síntomas asociados, así como los antecedentes personales y familiares.

- La historia clínica debe recoger:
- El tiempo de evolución (artritis aguda o crónica).
  - El patrón de aparición: aditivo, caso de la artritis idiopática juvenil (AIJ) o migratorio, en la fiebre reumática.
  - Las características del dolor. En general, son más dolorosas las artritis sépticas que las inflamatorias crónicas.
  - La existencia de rigidez matutina (entumecimiento tras el reposo), propia de la etiología inflamatoria.
  - Un posible antecedente traumático. Con frecuencia una caída se considera la causa cuando, en realidad, es la consecuencia de una artritis ya presente.
  - El antecedente infeccioso respiratorio, digestivo u otro, sugieren sinovitis

- transitoria o artritis post-infecciosa.
- Si limita las actividades habituales, por ejemplo, con cojera. Ésta constituye un mecanismo de protección frente al dolor y el rechazo de la deambulación es su máxima expresión. En Reumatología pediátrica, la cojera representa el 45% de los motivos de consulta, siendo de etiología inflamatoria en el 22% de los casos, infecciosa en el 17%, por sinovitis transitoria de cadera en el 13% y una miscelánea en el 48%<sup>(3)</sup>.
- Episodios de cojera previa orientan hacia una posible enfermedad de Perthes.
- Síntomas acompañantes, como: fiebre, exantema, anorexia, pérdida de

peso o diarrea ayudan en el diagnóstico de distintas enfermedades infecciosas, inflamatorias y tumorales.

- Antecedentes familiares de psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal o espondilitis anquilosante aluden a una potencial patología reumática.

### Exploración física

**Comprende el examen general y el músculo-esquelético, incluyendo todas las articulaciones, la marcha y la actitud espontánea del paciente.**

#### Examen general

Aporta datos relevantes para el diagnóstico etiológico. El exantema y las visceromegalias suelen indicar infección vírica y, más rara vez, AIJ sistémica o procesos oncológicos. Hematomas en lugares poco habituales apuntan a maltrato o trastorno de la coagulación y la presencia de debilidad muscular sugiere miopatía.

#### Examen músculo-esquelético

Se comienza valorando la actitud espontánea, con frecuencia antiálgica (de protección frente al dolor). Después, se exploran de forma sistemática todas las articulaciones<sup>(4)</sup>, dejando para el final las inflamadas, una vez se logra la confianza del niño. El eritema de la piel suprayacente indica afectación de tejidos blandos y puede simular artritis. Es útil comparar la extremidad afectada con la contralateral sana, para apreciar diferencias de tamaño, color o temperatura. Por último, siempre hay que observar la marcha. Recientemente se ha desarrollado y validado el pGALS (*pediatric Gait, Arms, Legs, Spine*), una herramienta simple para la exploración del sistema músculo-esquelético, que de forma simplificada, se muestra en la tabla I<sup>(5)</sup>.

### Pruebas complementarias

**Según la sospecha diagnóstica, se realizan: analítica básica, Rx convencional, ecografía, estudio de líquido sinovial, inmunología y microbiología.**

Dependen del diagnóstico de sospecha establecido. En la sinovitis transitoria de cadera (STC), no son necesarios análisis de sangre ni de líquido articular; mientras que, resultan útiles los datos clínicos (edad > de 4 años y ausencia

<b>Tabla I. The pGALS (<i>pediatric Gait, Arms, Legs, Spine</i>). Test para la detección de síntomas músculo-esqueléticos modificado<sup>(5)</sup></b>	
<b>Preguntas:</b>	
¿Tiene el niño dolor o rigidez (entumecimiento tras el reposo)?	
¿Tiene dificultad para vestirse sin ayuda? (si antes lo hacía)	
¿Tiene dificultad para subir o bajar escaleras? (si antes lo hacía)	
<b>Maniobras de detección</b>	<b>¿Qué valora?</b>
Observar al paciente de pie y tumbado	Actitud espontánea. Exantema. Dismetría. Tumefacción articular. Desviación en valgo/varo. Atrofia muscular. Pies planos
<b>Miembros superiores</b>	
“Mantén las manos extendidas y levantadas delante de ti”	Flexión anterior de hombros Extensión de codos, carpos y dedos
“Pon las palmas hacia arriba y cierra las manos en un puño”	Supinación de codos Flexión de las articulaciones de los dedos
“Haz pinza con el índice y el pulgar”	Destreza manual
“Toca las yemas de los dedos con el pulgar de la misma mano”	Destreza manual
“Mantén juntas las palmas de las manos a la altura de los codos”	Extensión de articulaciones de los dedos y los carpos
“Levanta los brazos estirados todo lo que puedas”	Extensión de codos y muñecas Abducción de hombros
“Pon las manos detrás del cuello”	Abducción y rotación externa de hombros Flexión de codos
Hay dolor al apretar los nudillos	Articulaciones metacarpofalángicas
<b>Miembros inferiores</b>	
Realizar signo de la tecla en rodillas	Tumefacción de rodillas
“Extiende y flexiona las rodillas”	Flexión y extensión de rodillas
Realizar movimientos pasivos de caderas	Rotación, abducción y flexión de caderas
Realizar movimientos pasivos de tobillos	Movilidad de articulaciones tibioastragalina y subastragalina
<b>Columna y temporomandibulares</b>	
“Abre mucho la boca”	Articulaciones temporomandibulares y desviación a la apertura bucal
“Mira al techo”	Extensión de la columna cervical
“Intenta tocar el hombro con la oreja”	Flexión lateral de la columna cervical
“De pie y con las rodillas extendidas, intenta tocar el suelo”	Flexión de la columna tóraco-lumbar Escoliosis
<b>Deambulación</b>	
Observar la marcha espontánea	Cojera o rechazo de la deambulación
“Camina de puntillas”	
“Camina de talones”	

de fiebre), así como la radiografía (Rx) convencional, que excluye procesos ortopédicos y la ecografía que demuestra el derrame articular<sup>(6)</sup>.

#### Laboratorio

- La analítica de sangre habitualmente consta de: hemograma, bioquímica (función hepática y renal), velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C-reactiva (PCR).
- Los test inmunológicos sólo interesan en las artritis inflamatorias crónicas. Los anticuerpos antinucleares (ANA), el factor reumatoide y el HLA B27 pueden ser positivos en niños sanos

aunque, cuando se asocian a AIJ, ayudan a clasificarla<sup>(7)</sup>. Los anticuerpos anti-estreptolisina O (ASLO) revelan sin más una infección reciente por *Streptococo pyogenes*, salvo que se reúnan criterios de fiebre reumática, entidad infrecuente en la actualidad.

- La artrocentesis o punción articular con aguja (Fig. 1) y el análisis de líquido articular (recuento celular y microbiología) son imprescindibles en el estudio de las monoartritis, exceptuando la STC y otros procesos ortopédicos, como la epifisiólisis. El líquido articular normal es amarillo transparente y tiene menos de 2.000 leucocitos/



**Figura 1.** Artrocentesis de tobillo derecho.

μl. El correspondiente a una artritis séptica muestra aspecto purulento, superando los 50.000 leucocitos/μl; mientras que, el inflamatorio y el de las artritis vírica y post-infecciosa es turbio y amarillento, con alrededor de 10.000 leucocitos/μl. Los líquidos hemáticos no debidos a punción traumática corresponden a trastorno de la coagulación, sinovitis villonodular o a un hemangioma sinovial.

### Microbiología

Las exploraciones clave para distinguir artritis sépticas, víricas y post-infecciosas son las serologías de las viriasis más frecuentes, el hemocultivo, el coprocultivo si diarrea, el frotis faríngeo en caso de amigdalitis y el análisis de líquido articular, incluyendo Gram, cultivo y PCR (reacción en cadena de la polimerasa). Los cultivos se siembran en los medios habituales y en los específicos para microorganismos de crecimiento lento (micobacterias). La PCR ha mejorado la perspectiva de lograr el diagnóstico etiológico en infecciones por *Kingella kingae* y otros gérmenes<sup>(8)</sup>. En principio, no es preciso investigar etiologías poco prevalentes en nuestro medio, como la enfermedad de Lyme o la brucelosis.

### Mantoux

Sigue teniendo de utilidad, sobre todo en las artritis persistentes.

### Pruebas de imagen

- La Rx convencional en gran parte de los casos sólo ayuda a excluir patología. No obstante, en la artritis séptica puede mostrar lesiones osteolíticas, si existe osteomielitis intraarticular asociada (Fig. 2). En las artritis infla-



**Figura 2.** Lesión osteolítica (osteomielitis) de fémur y artritis de cadera derecha por *S. agalactiae* en neonato de tres semanas.

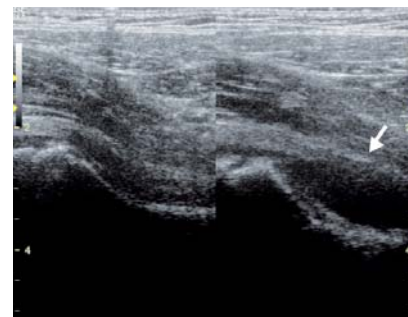
matorias inicialmente es normal, y sólo cuando el tiempo de actividad de la enfermedad ha sido prolongado pone de manifiesto disminución del espacio articular, erosiones y alteraciones del crecimiento óseo.

- La ecografía tiene un protagonismo creciente en la práctica diaria del reumatólogo infantil al tratarse de una exploración inocua, barata y accesible (Fig. 3). Tiene mayor sensibilidad que la exploración física en la detección de artritis<sup>(9)</sup>. Su mayor inconveniente es ser explorador-dependiente y no permitir valorar estructuras intraóseas.
- Otras pruebas ocasionalmente necesarias son: 1) la gammagrafía isotópica ósea, que es poco rentable en el diagnóstico de artritis, salvo en situaciones como la sacroileitis (Fig. 4). Se trata de una técnica muy sensible pero poco específica en la localización de osteomielitis<sup>(10)</sup>, fracturas o tumores; 2) la resonancia magnética, aunque es muy útil, tampoco discrimina entre etiologías<sup>(11)</sup>. Asimismo, tiene desventajas por ser más cara, tener accesibilidad limitada y necesitar anestesia en los más pequeños. Se recomienda en las evoluciones clínicas desfavorables; y, por último, 3) la tomografía computarizada emite una radiación excesiva y está en franco desuso.

### Diagnóstico diferencial de monoartritis

**Relacionada con infección**  
**Artritis séptica**

**Es más frecuente en menores de 3 años. Suele cursar con pocos síntomas. S.**



**Figura 3.** Sinovitis transitoria de cadera izquierda. En la ecografía se aprecia aumento del espacio articular con abombamiento de la cápsula.

***aureus*, *K. kingae* y los estreptococos son los gérmenes habituales.**

En la artritis séptica el germen asienta en la propia articulación. No es una infección común, estimándose su incidencia en <5/100.000 niños/año<sup>(12)</sup>. Supone algo más del 6% de todas las artritis infantiles y es más frecuente en los más pequeños, pero puede presentarse a cualquier edad. El cuadro típico es el de un menor de 3 años con artritis y fiebre o febrícula en algún momento de la evolución, que conserva buen estado general. Se produce por diseminación hematogénica y, menos veces, por inoculación directa en traumatismo abierto o cirugía o por contigüidad desde una infección cercana. El agente causal predominante es el *Staphylococcus aureus*; sin embargo, se ha demostrado un incremento de *Kingella kingae* y la familia de los estreptococos es responsable de un pequeño porcentaje<sup>(13)</sup>. Debe ser sospechada y tratada con precocidad teniendo en cuenta que el tratamiento tradicional (hospitalización prolongada y cirugía agresiva) está cambiando<sup>(14)</sup>. La afectación de más de una articulación se observa sobre todo en inmunodeficientes y neonatos.

### Inflamatoria

**Artritis idiopática juvenil**

**La denominación AIJ agrupa las artritis crónicas de causa desconocida y comienzo infantil.**

La AIJ es la enfermedad reumática crónica pediátrica más frecuente. Los criterios diagnósticos vigentes definen que la artritis debe ser de causa desconocida, comenzar antes de los 16 años

y persistir más de 6 semanas<sup>(7)</sup>. Puede ser monoarticular en la categoría de oligoartritis (niñas menores de 6 años con ANA positivos) y en la de Artritis relacionada con entesitis (varones mayores de 6 años con HLA-B27 positivo). No se desarrolla en este artículo por ser objeto de otro tema en la monografía.

#### Sinovitis transitoria de cadera

**Cuadro autolimitado en niños de 3-9 años, de causa desconocida. La clínica típica permite el diagnóstico y limita las exploraciones complementarias.**

Se ha considerado un proceso ortopédico cuando, en realidad, es una artritis inflamatoria idiopática. Representa el motivo más frecuente de cojera en un Servicio de Urgencias si se excluyen los traumatismos<sup>(15)</sup>. Aparece de forma brusca en niños de 3 a 9 años, generalmente varones, con dolor de intensidad variable en la ingle, en ocasiones irradiado al muslo y la rodilla ipsilateral. Cursa con cojera o rechazo de la deambulación. El estado general es bueno y no asocia fiebre, salvo que se acompañe de un proceso infeccioso respiratorio, que con cierta frecuencia le precede. La exploración muestra limitación dolorosa de la abducción y las rotaciones en la cadera afectada. La Rx convencional excluye procesos ortopédicos y la ecografía confirma el derrame. Se resuelve en 5-10 días con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Hay que diferenciarla de la artritis séptica y de la enfermedad de Perthes. Esta última se presenta en edades similares, puede debutar con derrame ecográfico y la radiología es clave para su diagnóstico (Fig. 5).

#### Otras

1. **Alteraciones de la coagulación.** En la hemofilia y otros trastornos es posible el hemartros en el debut o durante el curso de la enfermedad.
2. **Tumores.** La artritis secundaria a procesos tumorales, como el neuroblastoma o la leucemia, asienta en más de una articulación. Los tumores intraarticulares son raros y en general benignos, destacando la sinovitis villonodular y el hemangioma sinovial.
3. **Traumáticas.** Poco frecuentes en los menores de 10 años.



**Figura 4.** Gammagrafía ósea con Tecnecio 99 mostrando sacroileitis izquierda.

### Diagnóstico diferencial de la poliartritis

#### Relacionada con infección Fiebre reumática

Surge tras una infección faríngea por estreptococo  $\beta$ -hemolítico. Fue muy prevalente hasta mediados del siglo XX, sin embargo, hoy tiene una incidencia muy baja. Se desarrolla en otro capítulo de esta monografía.

#### Artritis reactiva

Aparece tras una infección entérica por *Salmonella*, *Shigella* o *Campylobacter*. Al igual que en la anterior, el germen responsable se encuentra alejado de la articulación. Ocorre fundamentalmente en varones mayores de 6 años con HLA-B27 (+) y forma parte de las espondiloartropatías.

#### Artritis vírica

**Es la causa más frecuente de poliartritis. Los agentes etiológicos habituales son parvovirus B19, virus de Epstein-Barr y citomegalovirus.**

Su patogenia no es bien conocida. Ocasionalmente se ha demostrado la presencia del virus en el líquido sinovial, aunque el diagnóstico se realiza mediante serología. Puede asociar cuadro catarral, exantema, febrícula y discreta elevación de transaminasas y, en general, cede en pocas semanas con tratamiento sintomático<sup>(16)</sup>.

#### Enfermedad de Lyme

Frecuente en zonas boscosas y húmedas, es rara en nuestro país si se excluye la franja norte. La artritis mono o



**Figura 5.** Enfermedad de Perthes en cadera derecha. Se observa aplastamiento del núcleo epifisario y fractura subcondral.

poliarticular es una manifestación tardía. El diagnóstico definitivo se obtiene con el *Western Blot* si la determinación con ELISA es positiva.

#### Inflamatoria

##### Enfermedades reumáticas crónicas

**La poliartritis es un síntoma habitual en las enfermedades reumáticas. Para el diagnóstico diferencial, es preciso tener en cuenta las manifestaciones asociadas.**

La AIJ es con diferencia la etiología más frecuente de poliartritis crónica, aunque el lupus eritematoso sistémico, la dermatomiositis juvenil, las enfermedades autoinflamatorias y la enfermedad inflamatoria intestinal, entre otras, también la presentan (Tabla II)<sup>(17,18)</sup>.

#### Otras

1. **Procesos oncológicos.** La infiltración tumoral yuxtaarticular simula artritis, siendo poco habitual la presencia de una verdadera sinovitis.
2. **Otras enfermedades sistémicas.** La anemia de células falciformes, las mucopolisacaridosis, la artritis familiar asociada a camptodactilia o la policondritis recidivante, a veces manifiestan artritis.
3. **“Falsas” artritis.** La inflamación subcutánea en la púrpura de Schönlein-Henoch o en las reacciones urticariales suele elegir la localización periarticular y a veces se interpreta erróneamente como artritis<sup>(18)</sup>. Lo mismo sucede con la enfermedad de Osgood-Schlatter, una osteocondrosis del adolescente que cursa con inflamación y dolor en la tuberosidad tibial antero-superior. La hiperlaxitud articular, ciertas displasias esqueléticas y los síndromes de

**Tabla II.** Signos y síntomas asociados a poliartritis según la etiología<sup>(18)</sup>

Órgano/sistema	Signos/síntomas	Diagnóstico
Ojos	Uveítis	AIJ Síndrome de Blau
Piel	“Rash” malar, aftas orales Pápulas de Gottron Exantemas	LES Dermatomiositis juvenil AIJ sistémica FMF Criopirinopatías
	“Pitting” ungueal, onicolisis	AIJ psoriásica
Cardiovascular	Soplo de reciente aparición	Fiebre reumática Endocarditis bacteriana
	Pericarditis	AIJ sistémica LES
	Fenómeno de Raynaud	LES Esclerodermia
Respiratorio	Pleuritis Hemorragia pulmonar Enfermedad pulmonar intersticial	LES Vasculitis Esclerodermia
Gastrointestinal	Diarrea, sangre en heces Antecedente de gastroenteritis	EII Artritis reactiva
Neurológico	Convulsiones, psicosis Ictus Debilidad muscular proximal	LES Vasculitis Dermatomiositis juvenil
Constitucional	Pérdida de peso Fiebre	EII Malignidad LES

*AIJ: artritis idiopática juvenil; LES: lupus eritematoso sistémico; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; FMF: fiebre mediterránea familiar.*

amplificación del dolor también se confunden con artritis.

**Función del pediatra de Atención Primaria**

- Reconocer mediante la historia clínica y exploración la existencia de artritis.
- Evaluar las principales etiologías de inflamación articular, basándose en las manifestaciones clínicas y la edad del niño.
- Derivarlas al Servicio de Urgencias o a una consulta especializada.

**Bibliografía**

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1. Gill I, Sharif F. A disjointed effort: paediatric musculoskeletal examination. Arch Dis Child. 2012; 97: 641-3.  
 2.\*\* Sirisena D, Begum H, Selvarajah M, Chakravarty K. Musculoskeletal examination-an ignored aspect. Why are we still failing the patients? Clin Rheumatol. 2011; 30: 403-7.

3. Murias S, Remesal A, Quiles MJ, Merino R. Características de los pacientes con cojera en Reumatología. An Pediatr (Barc). 2012;76:290-3.  
 4. Goff I, Rowan A, Bateman BJ, Foster HE. Poor sensitivity of musculoskeletal history in children. Arch Dis Child. 2012; 97: 644-6.  
 5.\*\*\* Goff I, Bateman B, Myers A, Foster H. Acceptability and practicality of musculoskeletal examination in acute general pediatric assessment. J Pediatr. 2010; 156: 657-62.  
 6. Merino R, De Inocencio J, García-Consuegra J. Diferenciación de sinovitis transitoria y artritis séptica de cadera con criterios clínicos y ecográficos. An Pediatr (Barc). 2010; 73:189-93.  
 7.\*\*\* Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass DN, Goldenberg J, et al. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton 2001. J Rheumatol. 2004; 1: 390-2.  
 8. Fenollar F, Lévy PY, Raoult D. Usefulness of broad-range PCR for the diagnosis of osteoarticular infections. Curr Opin Rheumatol. 2008; 20: 463-70.  
 9.\*\* Collado P, Jousse-Joulin S, Alcalde M, Naredo E, D’Agostino MA. Is ultrasound a validated

imaging tool for the diagnosis and management of synovitis in juvenile idiopathic arthritis? A systematic literature review. Arthritis Care Res (Hoboken). 2012; 64:1011-9.  
 10. Malcius D, Jonkus M, Kuprionis G, Maleckas A, Monastyreckienė E, Uktveris R et al. The accuracy of different imaging techniques in diagnosis of acute hematogenous osteomyelitis. Medicina (Kaunas). 2009; 45: 624-31.  
 11. Kim HK, Zbojniec AM, Merrow AC, Cheon JE, Kim IO, Emery KH. MR findings of synovial disease in children and young adults: Part 2. Pediatr Radiol. 2011; 41: 512-24.  
 12. Kunnamo I, Kallio P, Pelkonen P. Incidence of arthritis in urban Finnish children. Arthritis Rheum. 1986; 29: 1232-8.  
 13. Ferroni A, Al Khouri H, Dana C, Quesne G, Berche P, Glorion C, et al. Prospective survey of acute osteoarticular infections in a French paediatric orthopedic surgery unit. Clin Microbiol Infect. 2012 [Epub ahead of print].  
 14.\*\*\* Pääkkönen M, Peltola H. Management of a child with suspected acute septic arthritis. Arch Dis Child. 2012; 97: 287-92.  
 15.\*\* Fischer SU, Beattie TF. The limping child: epidemiology, assessment and outcome. J Bone Joint Surg Br. 1999; 81: 1029-34.  
 16.\*\*\* Petty RE, Cassidy JT. Infectious arthritis and osteomyelitis. En: Cassidy JT, Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB, eds. Textbook of Pediatric Rheumatology 6th Edition Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011. p 559-78.  
 17. Dotson J, Crandall W, Bout-Tabaku S. Exploring the differential diagnosis of joint complaints in pediatric patients with inflammatory bowel disease. Curr Gastroenterol Rep. 2011; 13: 271-8.  
 18.\*\* Berard R. Approach to the child with joint inflammation. Pediatr Clin North Am. 2012; 59: 245-62.

**Bibliografía recomendada**

– Pääkkönen M, Peltola H. Management of a child with suspected acute septic arthritis. Arch Dis Child. 2012; 97: 287-92.  
 Revisión cuyos autores, grupo experto en infecciones osteoarticulares, analizan la evolución del manejo en cuanto al diagnóstico y tratamiento de dichas patologías a lo largo de la última década. Concluyen que la actitud menos agresiva, limitando la cirugía y acortando el tiempo de antibiótico, es efectiva.  
 – Berard R. Approach to the child with joint inflammation. Pediatr Clin North Am. 2012; 59: 245-62.  
 Capítulo incluido en el más reciente monográfico de actualización en Reumatología Pediátrica, que revisa el abordaje del niño con inflamación articular incidiendo en el diagnóstico diferencial tomando como punto de partida la afectación mono o poliarticular.

**Caso clínico**

Lactante de 13 meses remitido por disminución de la movilidad de la extremidad inferior derecha, con rechazo de la deambulación y del gateo. Tiene febrícula, hasta 37,8°C, sin otros síntomas. Refieren que se cayó desde su propia altura tres días antes y que desde entonces notan la rodilla

inflamada. Los antecedentes familiares carecen de interés. Acude a guardería hace tres semanas e inició la deambulación hace dos. La exploración general es normal y la del sistema músculo-esquelético confirma una artritis de rodilla derecha.